TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr C. SIEUR

MÉDECIN-INSPECTEUR GÉNÉRAL



PARIS

—

1918

TITRES SCIENTIFIQUES

1880 Externe des Hôpitaux de Bordeaux.

1881 Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

1893 Répétiteur d'anatomie à l'Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon.

1896 Professeur agrégé d'Anatomie et de Médecine opératoire à l'Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce.

1905 Professeur de Chirurgie spéciale à l'Ecole d'Application du Service de santé Militaire du Val-de-Grâce.

Enseignement

1881-1882 Faculté de Médecine de Bordeaux (Moniteur d'anatomie).

1883 Hôpitaux de Bordeaux (Conférences d'anatomie à la Maternité Pellegrin).

1894-1897 Ecole du Service de Santé Militaire de Lyon (Conférences d'anatomie et de Chirurgie).

1897-1902 Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce (Conférence d'anatomie topographique et de Médecine opératoire).

1905-1914 Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce (Cours d'ophtalmologie, otologie et rhinologie).

1905-1914 Ecole d'Application du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce (Cours de Clinique ophtalmologique et otorhinolaryngologique).

Distinctions et récompenses pour travaux scientifiques.

1881 Membre de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.
1882 Lauréat des Hôpitaux de Bordeaux (Prix Levieu).
1891 Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Demarquay).
1892 Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Laboriex).
1894 Membre de l'Association française de Chirurgie.
1895 Lauréat de la Société de Chirurgie (Prix Demarquay).
1899 Membre correspondant National de la Société de Chirurgie.
1900 Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Alvarenga de Piauhy).
1901 Membre de la Société Française d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie.
1903 Chevalier de la Légion d'honneur.
1909 Membre de la Société d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie de Paris (Président en 1913).
1910 Membre honoraire de la Société de Chirurgie.
1912 Officier de l'Instruction Publique.
1915 Officier de la Légion d'Honneur.
1917 Médecin Inspecteur Général près le Général Commandant en Chef.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

ANATOMIE

1° *Un cas d'ossification de la faux du cerveau, avec examen histologique.*
Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 1882.

2° *Deux cas de malformation de la cloison des fosses nasales, chez le nouveau-né et le fœtus.*
Société anatomique, 1899.

3° *Cause rare de la constriction des mâchoires.*
Société anatomique, 1899.

4° *Note relative à l'anatomie des sinus frontaux, avec description d'un procédé nouveau de trépanation de ce sinus.*
Bulletin Société française d'Otologie, de Laryngologie et Rhinologie. Tome XVII. 2e partie p. 517, 1901.

Dans cette note, j'ai cherché à établir :

1° qu'on croyait l'*absence* beaucoup plus fréquente des sinus frontaux qu'elle ne l'est en réalité. Sur 150 sujets examinés avec l'aide de mon collègue M. Jacob, je n'ai pu en relever un seul exemple.

2° Que leur *développement* est, par contre, très variable.

Tout sinus frontal *normalement* constitué comprend deux parties bien distinctes : l'une, *frontale* ou ascendante, se développe dans la portion écailleuse du frontal ; l'autre *orbitaire* ou antéropostérieure, occupe la moitié interne et antérieure de la

voûte de l'orbite. Ces denx parties se rénnissent an niveau de l'angle snpéro-interne de l'orbite pour constituer le plancher dn sinns.

Quand le sinus est petit, la portion frontale manque et la portion orbitaire n'est représentée que par une dilatation ampullaire de l'extrémité supérieure du canal naso-frontal. Dans ces conditions, le sinus n'a aucun rapport avec la portion écailleuse ou ascendante du frontal, tandis qu'il répond *toujours* au prolongement de cet os qui prend part à la formation *de l'angle supéro-interne de l'orbite.*

Cet angle est constitné par nne lame ossense, ordinairement papyracée, qui descend de la partie la plus interne de la portion orbitaire du frontal pour s'insinuer comme un coin entre le bord postérieur de l'apophyse montante du maxillaire supérieur placé en avant et la partie la plus élevée du bord antérieur de l'os plannm de l'ethmoïde placé en arrière. En bas, elle s'articule avec le bord snpérieur de l'unguis. Sa hauteur, mesurée à partir du plafond orbitaire jusqu'à son articulation avec l'unguis, est de 12 à 20 millimètres. Quant à sa largeur moins considérable et, d'ailleurs, moins facilement appréciable, elle ne s'étend guère à plus de 12 à 15 millimètres, en arrière du bord interne de l'orbite. C'est à cette lame, *dont l'étendue ne mesure guère plus d'un centimètre carré*, que correspondent les *petits sinus frontaux*, cenx dont les dimensions sont tellement restreintes qu'elles atteignent à peine le volume d'un pois on d'une noisette.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agisse là d'une malformation rare, car sur 69 sinns, appartenant à 37 sujets différents et pris au hasard de notre collection, 22 étaient limités à l'angle supéro-interne de l'orbite et n'*avaient aucun rapport* avec la paroi antérieure du frontal.

La conclusion pratique à tirer de ce fait est la suivante : *une fois sur trois*, lorsque l'on choisit la voie frontale pour trépaner le sinus frontal, on risque de ne pas rencontrer le sinus et l'on peut être conduit à pénétrer dans le crâne.

Le meilleur moyen d'éviter ce dernier accident est de suivre la route que prennent ordinairement, pour se faire jour à l'extérieur, le pus et les liquides accnmulés dans le sinus frontal, c'est-à-dire la *voie orbitaire*.

J'ai donc conseillé le procédé de trépanation suivant :

A l'aide d'une incision courbe, commençant en haut et au niveau du trou sus-orbitaire et descendant en bas et en dedans, le long du bord int<rne de l'orbite, on met à nu l'angle supéro-interne de cette cavité, en arrière jnsqn'an niveau du trou ethmoïdal antérieur, et en bas jusqu'à l'unguis, de façon à bien dégager dans toute son étendue la lamelle osseuse du frontal.

Avec un petit ciseau-gouge (quelquefois même le bec de la sonde cannelée peut suffire), on effondre cette lamelle *immédiatement au-dessus de l'unguis*, afin d'éviter de léser la vouto orbitaire.

En procédant ainsi, on aura la certitude absolue de toujours pénétrer dans le sinus malade, *si restreinte que soit la cavité*, tout en conservant la facilité de recourir à la voie antérieure, quand l'exploration au stylet aura démontré qu'on a affaire à un sinus à grands prolongements.

5° *Etude anatomique sur la ponction du sinus frontal.*
En collaboration avec Rouvillois.
Revue hebdomadaire de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, 1911.

La ponction par *voie endo-nasale* du sinus frontal ayant motivé des appréciations très diverses, l'idée nous est venue de recourir à des recherches anatomiques à l'effet d'en régler le manuel opératoire.

Nous nous sommes servis de l'instrumentation imaginée par notre collègue Vacher qui est partisan convaincu de la métnode.

Nos recherches nous ont montré que la ponction des sinus frontaux par voie endonasale est possible à la condition de ne jamais perdre de vue que le sinus frontal n'est autre chose qu'une *cellule ethmoïdale* et que, par suite, la partie la plus friable et la plus accessible de son plancher répond à la partie la plus antérieure et la plus élevée des masses latérales de l'ethmoïde. *C'est*, du reste, *à cette portion ethmoïdale que se réduit le sinus frontal dans les cas où il n'est pas développé.*

Cela étant, le manuel opératoire peut-être réglé de la façon suivante :

Le sujet, ayant la tête horizontalement placée et fixée par un aide, le stylet râpe est introduit de façon que son extrémité recourbée suive très exactement l'angle formé par les os propres du nez et la cloison et progresse jusqu'à ce qu'il soit arrêté par nn obstacle.

Il est facile de se rendre compte sur le squelette que cet arrêt répond à l'angle *antérieur* de la voûte nasale situé immédiatement en arrière du bloc osseux compact formé par la réunion des os propres dn nez, de l'épine nasale du frontal, de la cloison intersinusale et de l'apophyse montante du maxillaire supérieur.

En mesurant la longueur de pénétration de la sonde et en la reportant sur le dos du nez, on peut s'assurer *de visu* que l'instrument n'a pas dépassé le niveau de la suture sus-indiquée. Abaissant la main qui tient la poignée de l'instrument, l'opérateur dirige la pointe de ce dernier nettement *en dehors*, vers l'angle snpéro-interne de l'orbite.

Une pression continue et modérée cherche à vaincre la résistance offerte par la paroi interne de la portion ethmoïdale du plancher ; un léger craquement se fait entendre, en même temps qu'une sensation de résistance vaincue permet de se rendre compte qu'on est dans la cavité sinusale.

En suivant ces indications et en procédant au préalable à l'évidement partiel de l'ethmoïde antérieur, on évitera sûrement de léser la lame criblée et on pourra parer aux accidents qui peuvent découler de la rétention aigue du pus dans la sinusite frontale.

6° *Recherches anatomiques, cliniques et opératoires sur les fosses nasales et leurs sinus.*
En collaboration avec Jacob.
Ouvrage couronné par l'*Académie de médecine*. Prix Alvarenga de Piauhy, 1900. Paris, Rueff, 1901.

Entreprises à une époque où quelques universités seulement faisaient une place à la rhinologie dans les programmes de leur enseignement, nos études anatomocliniques sur les fosses nasales et leurs sinus trouvent encore aujourd'hui une reprise d'intérêt dans la vulgarisation de l'influence de l'obstruction nasale sur la fonction respiratoire et des troubles engendrés par les réflexes nasaux. Presque tous nos dessins et toutes nos descriptions ont été faits d'après les pièces préparées sur plus de 150 sujets et nous n'avons rien décrit ni dessiné que nous n'ayons vu et contrôlé par nous-mêmes. Renonçant à une étude séparée des détails anatomiques, nons avons toujours rapproché l'effet de la cause, le fait clinique ou l'intervention opératoire de la disposition anatomique, qui explique l'un, dirige et justifie l'autre.

Après une étude des fosses nasales proprement dites nous avons fait porter toutes nos recherches sur le Labyrinthe éthmoïdal, les sinus sphénoïdaux, frontaux et maxillaires, envisagés au point de vue de leur développement, de leur configuration et de leurs rapports avec les fosses nasales et les régions voisines.

Insistant notamment sur la variabilité du nombre et de la contenance des cellules ethmoïdales qui varient non seulement d'un sujet à l'autre, mais sur le même sujet, d'un ethmoïde à l'autre, nous avons pu néanmoins montrer que leur classification anatomique en deux groupes, antérieur et postérieur, convient également à la clinique et à la chirurgie opératoire. En dehors des cellules qui s'ouvrent dans le troisième meat nous avons pu, dans 40 pour 100 des cas, décrire, dans le groupe des cellules postérieures, une cellule dont l'orifice débouche à la partie antérieure dn quatrième méat. L'existence de cette cellule favorise l'infection du groupe ethmoïdal postérieur dans les sinusités sphenoïdales, car son orifice se trouve alors très proche de celui du sinus sphénoïdal (4 à 5 millimètres) et peut être inoculé par les sécrétions qui en viennent. Les rapports des cellules ethmoïdales avec le sinus maxillaire méritent une mention spéciale : la cloison qui sépare les cellules postérieures du sinus étant le plus souvent papyracée, sa destruction met les cellules ethmoïdales postérieures en communication avec le sinus maxillaire. Les rapports du sinus maxillaire avec les cellules de la gouttière de l'inciforme permettent en outre de comprendre comment, quand on éclaire le sinus maxillaire, les cellules de l'unguis s'éclairent également.

Le recessus sphénoïdal d'autre part a fait l'objet de multiples contrôles anatomiques pour savoir si l'ostium sinusal était accessible à la vue : contrairement à l'opinion de Zuckerkandl, nous avons établi que, sur le vivant, et tout particulièrement chez les sujets atteints de sinusite on ne saurait se guider avec la vue au cours du cathétérisme. Nous avons enfin démontré comment, en utilisant la configuration de la voûte

des fosses nasales on pouvait néanmoins pratiquer sans difficulté le cathétérisme du sinns sphénoïdal.

A propos des sinns frontaux, nos considérations anatomiques nous ont conduit à affirmer que le hasard seul peut permettre de pratiquer le cathétérisme du canal naso-frontal.

Nos mensurations au snjet de l'ostium maxillaire nous ont enfin permis de tirer une donnée thérapeutiqne, à savoir qu'en cas d'intervention pour sinnsite fronto-maxillaire il vaut toujours mieux pratiquer dans la même séance l'ouverture et la désinfection des deux sinus pour éviter ultérieurement la réinfection du sinus opéré.

7° *Essai sur le développement embryogénique de la cavité nasopharyngienne.*

En collaboration avec Rouvillois.

Archives internationales de Laryngologie et d'Otologie, n°s 2 et 3, 1912.

MÉDECINE

1° *De la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des épanchements liquides de la Plèvre.*
Thèse doctorat, Bordeaux, 1883.

L'auscultation plessimétrique, découverte par Laennec et étudiée par Piorry, nous revint un jour d'Amérique sous le nom de percussion auscultatoire ; elle constitue un procédé d'exploration physique dans lequel la percussion et l'auscultation sont employées simultanément dans le but d'étudier les diverses modalités de la transsonance des organes.

Découverte par Pitres, en 1881, dans les épanchements liquides de la Plèvre et popularisée depuis sous le nom de « signe du sou », la percussion métallique, au lieu d'un bruit sourd et lointain comme dans la normale, donne un *son clair, bref, légèrement argentin* et dont le caractère le plus tranché est de paraître *se produire immédiatement au-dessous de l'oreille.*

Ce signe du sou se retrouve dans tous les épanchements liquides intra-pleuraux, qu'ils soient le résultat d'une inflammation locale, ou d'un trouble dans la circulation ayant amené le passage d'une grande quantité de sérosité dans la séreuse pleurale.

Le signe du sou acquiert ainsi une grande valeur séméiologique dans les épanchements liquides de la plèvre, *sauf les épanchements enkystés*, où les conditions de transmission du son changent totalement.

Ce signe du son ne peut cependant être considéré comme pathognomonique de l'existence d'une collection liquide, puisqu'il existe, *avec tous ses caractères, au niveau du foie et de la rate.*

Il ne se produit pas au contraire, au niveau du cœur, même quand cet organe acquiert un volume considérable, ou quand la séreuse péricardique est le siège d'un

épanchement liquide. Les recherches expérimentales que j'ai faites au cours d'injections intra-péricardiques confirment d'ailleurs pleinement ces constatations.

Pour compléter le diagnostic différentiel des épanchements pleuraux, il importe de savoir ce que donne le signe du sou dans les affections du parenchyme pulmonaire. Quand il y a une induration pulmonaire quelconque, un noyau de pneumonie ou une congestion intense, le bruit sourd est remplacé par un choc brusque, lointain, mais sans timbre métallique. Souvent même quand le noyau hépatisé ou congestionné est très étendu, toute transsonnance est abolie. *Cette non existence du signe du sou, au niveau des lésions pulmonaires, est donc d'une grande importance pour le diagnostic des épanchements pleurétiques.*

2° *Deux cas d'intoxication par l'oxyde de carbone avec gangrène des orteils.*
Poitou médical, 1889.

3° *Trois cas de pleurésies purulentes consécutives à la bronchopneumonie ; pleurotomie, guérison.*
Lyon médical, 1891.

4° *Un cas d'entérococcie avec péritonite purulente sans perforation intestinale.*
En collaboration avec M. G. Lemoine.
Société de médecine des hôpitaux, 27 Mai 1904.

5° *Morve chronique méconnue pendant plusieurs années et terminée par la mort.*
Archives de Médecine et Pharmacie. Militaires, octobre 1905.

Chez un malade qui a présenté douze abcès successifs pendant les trois ans qu'a duré sa maladie, j'ai été amené, à défaut d'un examen bactériologique positif, à faire le *diagnostic clinique de morve chronique*. La morve seule, quand elle revêt d'emblée une forme chronique, est capable d'engendrer ainsi une série d'accidents sur les parties les plus diverses du corps. La plupart de ces abcès ont dû d'ailleurs leur localisation à un traumatisme souvent minime : accident d'équitation avec déchirure musculaire ; compression due à la coiffure ou à la pression des éperons, etc. L'importance du *traumatisme* sur *l'apparition* et *l'évolution* des abcès morveux est d'ailleurs chose connue depuis longtemps.

Tardivement le diagnostic bactériologique put être établi par l'inoculation en série de sept cobayes qui présentèrent chacun les lésions cliniques du sarcocèle morveux.

Le contenu de la vaginale, ensemencé sur les divers milieux et spécialement sur pomme de terre, permit d'obtenir de belles cultures, couleur chocolat, de bacille morveux.

6. *De l'adénopathie suppurée au cours de la fièvre typhoïde.*
Société de Médecine militaire, 1907.

7. *Tuberculose et traumatisme.*
Société de Médecine militaire, mai 1909.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

---

1. *Une année de Chirurgie pratique à l'hôpital militaire du Dey (Alger).*

Travail présenté au Comité technique de Santé et résumé dans les Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, mars 1905.

Dans ce mémoire, je cherche à démontrer qu'il est possible d'organiser dans les Corps d'Armée un enseignement complémentaire efficace tant pour les Médecins du cadre actif que pour ceux de la réserve et de la territoriale

Les évènements actnels se sont chargés de montrer le bien fondé d'une telle organisation et les services qu'elle eût pu rendre si elle avait été réalisée.

Quoi qu'il en soit, dès mon arrivée à l'hôpital du Dey en 1912, j'avais invité mes collègues de la garnison à suivre mon service et à participer aux opérations chirurgicales. D'abord simples spectateurs, ils ne tardaient pas à devenir des aides précieux et à exécuter comme opérateurs avec mon assistance ou sous ma surveillance, des opérations bien réglées.

Outre le développement du sens clinique et de la dextérité manuelle, cette participation directe aux interventions a eu cette autre utilité, qui vaut la peine d'être signalée : *elle a* rendu *prudents* des médecins qui, jusqu'alors, considéraient comme très simples des opérations qu'ils avaient vues exécuter par des chirurgiens de carrière.

L'ensemble du mémoire est une œuvre avant tout didactique, comparable aux leçons cliniques familières que publient volontiers les chirurgiens de nos jours et les principaux sujets roulent tout naturellement sur l'appendicite, la cure radicale de hernie, les contusions de l'abdomen, les abcès du foie et les affections chirurgicales des membres.

2. *Traitement du tétanos par la sérothérapie.*
Société de Chirurgie, 1917.

3. *De l'ictère post-chloroformique.*
Société de Chirurgie, 1910.

4. *De la radiumthérapie.*
Société de Chirurgie, 1910.

5. *Deux cas d'abcès du cerveau d'origine amibienne consécutifs à des abcès du foie dysentériques.*
Rapport sur deux observations de M. O. Jacob.
Société de Chirurgie, 25 janvier 1911.

Les deux cas d'abcès cérébraux d'origine amibienne, survenus au cours d'une hépatite suppurée dysentérique, présentent un triple intérêt pathogénique, clinique et opératoire.

Au point de vue *pathogénique*, ce sont des exemples absolument indiscutables d'abcès métastatiques amibiens du cerveau. Il s'agit d'ailleurs là de complications bien rares, puisque ce sont les premiers publiés en France, bien que Zancarol en Egypte déclare les avoir observés dans la *proportion de 3 % des abcès hépatiques*.

Cliniquement, leur intérêt réside dans ce que la *céphalalgie, qui est le premier symptôme ordinaire de la complication cérébrale*, est surtout caractérisée par son *intensité plus grande* que celle qu'on observe dans les abcès cérébraux d'origine otique. Les symptômes de localisation ont été trompeurs dans le premier cas, où existaient de l'hémianopsie homogène bilatérale gauche et de la parésie du membre supérieur droit.

Enfin ce sont, probablement, les *premiers abcès du cerveau d'origine amibienne traités chirurgicalement*. Si, chez le premier malade, la trépanation n'a pas donné de résultats parce que la localisation n'a pu être faite faute de signes précis, chez le second, elle a conduit sur l'abcès.

En dépit de l'insuccès obtenu, *l'indication opératoire reste nette et formelle* : l'abcès du cerveau amibien, comme l'abcès d'une autre nature, doit être ouvert et drainé. Une intervention hâtive pourra peut-être arrêter le processus d'encéphalite et améliorer, dans une certaine mesure, le pronostic d'une complication, qui, dans tous les cas publiés jusqu'à ce jour, s'est montré si sombre.

6. *Sur la trépanation décompressive.*
Société de Chirurgie, 29 mars 1911.

En versant au débat sur la trépanation décompressive un fait que j'ai observé dans mon service à Lyon, en 1894, j'apporte la preuve que, même dans des cas désespérés, cette opération peut donner un excellent résultat, en mettant fin aux douleurs et aux troubles épileptiformes.

Chez un soldat traité pour des accidents pulmonaires qui faisaient craindre un début de tuberculose, des crises épileptiformes localisées au côté gauche et accompagnées d'une hémicrânie droite me conduisirent à appliquer une large couronne de trépan au niveau de la partie moyenne de la zône rolandique. Ne trouvant aucune tumeur superficielle, je fis plusieurs ponctions sans résultat et je refermai la plaie opératoire.

L'opéré survécut quinze jours, et pendant toute cette période, il ne présenta plus ni crises épileptiformes, ni phénomènes paralytiques du côté des membres.

A l'autopsie, on découvrit un cancer encéphaloïde qui avait pris naissance au niveau des capsules surrénales et s'était propagé aux deux reins, au poumon et au cerveau.

7. *A propos d'un cas de mort rapide à la suite d'une injection de sérum antitétanique.*
Société de Chirurgie, 27 mai 1913.

Faisant état de mon expérience personnelle et aussi des constatations de M. Rouvillois qui, chez les blessés du Maroc inoculés préventivement, n'a observé aucun cas de tétanos, je m'élève contre l'opinion hésitante de certains de nos collègues. *Personnellement je serais très aise, en cas d'une mobilisation générale, de voir injecter du sérum antitétanique à nos petits soldats*, non pour faire plaisir à leur chirurgien, mais avec la certitude de leur rendre un grand service.

Qu'il me soit permis, à ce propos, de rappeler un fait qui semble négligé par certains chirurgiens et sur lequel Roux et Vaillard ont particulièrement insisté, c'est le suivant : *pour être efficace, l'injection doit être répétée au moins une fois par semaine jusqu'à cicatrisation complète de la plaie.* Si donc on se borne à une seule injection et si la plaie suppure pendant deux ou trois semaines, il n'y a pas lieu de s'étonner si des accidents tétaniques apparaissent quinze jours ou trois semaines après l'unique injection.

CHIRURGIE DU THORAX

---

1. *Luxation en avant de la quatrième vertèbre cervicale.*
Congrès de Chirurgie, décembre 1894.

Chez un gymnaste ayant fait une chute sur la région occipitale, est apparue une hématomyélie localisée à la substance grise et limitée au point de l'arbre médullaire qui correspondait à la lésion du squelette. Ainsi se trouve expliquée la perte immédiate et totale de la mobilité et de la sensibilité des membres inférieurs et du tronc, la paralysie et l'anesthésie partielle des membres supérieurs. Quant aux troubles bulbaires qui ont été observés quelques heures avant la mort, ils doivent être attribués sans doute à une action réflexe, l'examen microscopique n'ayant rien fait découvrir d'anormal dans la structure du bulbe.

La gravité de ce cas confirme les résultats peu brillants obtenus dans les traumatismes (fractures et luxations) de la colonne cervicale : les huit interventions que j'ai recueillies, jointes aux trente relatées antérieurement par Chipault, n'ont guère donné en effet que trois améliorations (dont une passagère) et trois guérisons.

Dans les fractures simples et les luxations des vertèbres cervicales, *l'existence à peu près constante de lésions médullaires profondes doit faire rejeter toute intervention*, à moins qu'il n'existe des signes de probabilité *en faveur d'une compression de la moelle* par une hémorragie ou un fragment de squelette.

2. *Plaie du ventricule du cœur droit par coup de canif.*
(Tentative de suicide au cours d'une pneumonie grippale). Suture de la plaie ventriculaire. Mort brusque une heure et demie après l'intervention.
En collaboration avec M. Mignon.
Société de Chirurgie, 17 avril 1901.

Chez un malade atteint de pneumonie grippale, qui s'était enfoncé la lame de son couteau dans la région précordiale, nous avons pratiqué une incision verticale de 15 centimètres, passant par la plaie la plus grave et se tenant à 4 centimètres en dehors du bord gauche du sternum. Après résection des cartilages costaux des 4e, 5e et 6e côtes, sur une longueur de 3, 4 et 6 centimètres, nous avons incisé verticalement le péricarde sur une hauteur de 7 centimètres. L'évacuation d'un volumineux caillot nous permit alors de constater la présence d'nne hémorragie violente partant d'une perforation du ventricule droit et s'élevant sous la forme d'un jet noir à une hauteur de quelques centimètres.

Nous avons été frappés de la tolérance du cœur pour toutes nos manipulations, car il a snpporté sans faiblir la traction et la fixation de sa pointe entre les lèvres de la paroi thoracique pendant toute la durée de la suture.

Trois quarts d'heure après l'opération, le malade immobilisé sur place et débarrassé de la cyanose du début, a été pris d'une violente quinte de toux et de dyspnée : il mourut dans l'espace de quelques minutes.

L'autopsie a démontré que la lésion du cœur n'a pas été la cause essentielle de la mort de notre opéré : ce dernier a succombé à son affection pulmonaire et à l'infection générale, aggravée par la blessure du cœur.

De la tentative chirurgicale précédente, il nous est permis de conclure que la snture des plaies du cœur n'étant difficile que par l'éloignement et la mobilité de l'organe, on est autorisé à rapprocher le cœur de la brèche thoracique et à le fixer entre les lèvres de cette brèche, pendant le passage rapide de chaque fil à suture dans l'épaisseur du myocarde.

3. *A propos des plaies de poitrine par balles, compliquées d'hémorragies graves.*
Société de Chirurgie, 31 mars 1910.

Tout en me défendant de vouloir assimiler aux blessures de poitrine observées dans la pratique civile celles qui ont été soignées sur les champs de bataille, j'ai recueilli, dans les comptes-rendus des guerres les plus récentes, 178 plaies pénétrantes de poi-

trine, avec atteinte du poumon et de la plèvre, qui ont donné 153 guérisons et 25 morts.

Ces chiffres, qui ne comprennent que les blessés ayant survécu suffisamment longtemps pour être transportés à l'ambulance, ne sauraient donner une idée exacte de la mortalité immédiate dans les plaies pénétrantes de poitrine, par balle de petit calibre. Cette mortalité, bien qu'abaissée de moitié depuis l'emploi des nouveaux fusils, n'en reste pas moins très élevée, puisque, sur 64 tués examinés sur le champ de bataille, 17 avaient été atteints à la poitrine.

Si, dans tous les cas que je rapporte, je n'ai relevé aucun fait d'intervention primitive, *il n'en reste pas moins qu'une indication pressante au premier chef est fournie par l'hémorragie* : non seulement cette hémorragie affaiblit le blessé par la perte de sang qu'elle lui fait subir, mais le sang épanché devient une gêne pour la respiration et la circulation, en comprimant le poumon et en déplaçant le cœur.

Pouvons-nous, du moins, en intervenant de bonne heure, espérer mettre le blessé à l'abri de l'infection qui le menace ?

Comme c'est par l'intermédiaire des voies aériennes que s'infecte le tissu pulmonaire et la plèvre, il est nécessaire, quand on intervient pour des accidents hémorragiques graves ayant pour origine la lésion d'un vaisseau pulmonaire, de chercher à *aveugler les deux orifices du trajet viscéral*. En agissant ainsi, on a, non seulement plus de chances d'arrêter l'hémorragie, mais on s'oppose à ce que l'air, chargé de mucosités septiques et provenant des bronches sectionnées, vienne pénétrer dans la plèvre et ensemencer le sang qui s'y trouve épanché.

Quant aux *hémorragies prolongées*, elles méritent la plus grande attention. Le blessé est déjà fort affaibli par les pertes de sang antérieures ; il s'agira parfois d'un infecté qui saignera d'autant plus que son infection est plus sérieuse. Dans ces *conditions, j'estime que la prudence commande d'intervenir*.

CHIRURGIE ABDOMINALE

A. — FOIE.

1. *Du traitement chirurgical des calculs biliaires.*
Mémoire récompensé par la Société de Chirurgie. Prix Demarquay, 1891.
Archives générales de médecine, 1892.

2. *Abcès du foie consécutif à une infection appendiculaire.*
Archives de Médecine militaire, 1905.

3. *Kyste hydatique suppuré du foie, avec ulcération de l'estomac; laparotomie, guérison.*
Archives de Médecine militaire, 1905.

4. *Contusion de l'abdomen par coup de pied de mulet; déchirure du foie; perforation secondaire de l'estomac, guérison après deux laparotomies pratiquées le 2e et le 26e jour après l'accident.*
Archives de Médecine militaire, 1905.

5. *De la contusion de l'abdomen avec rupture du foie.*
Société de Médecine militaire, 1907.

6. *Des kystes hydatiques multiples du foie.*
Société de Chirurgie, 1909.

7. *A propos de l'hépatite diffuse.*
Société de Chirurgie, 17 juillet 1912,

Dans certaines hépatites diffuses, l'expérience m'a appris que, si la guérison peut être spontanée, elle est singulièrement hâtée et assurée par une *saignée*, *telle que la procure la ponction faite dans divers sens*, et cette saignée qui doit, pour être suffisante,

donner issue à deux ou trois cuillérées à bonche de sang, agit moins par la décongestion mécanique de l'organisme que par la soustraction directe des microbes et de toxines.

Néanmoins les infections autres que les infections palustres et dysentériques pures, celles en particulier qui revêtent un caractère septicémique, sont moins sûrement et moins rapidement influencées par les ponctions mêmes répétées. C'est pour ces formes que nous pensons que la *question du drainage des voies biliaires, ou de l'incision large du tissu hépatique* mérite d'être posée, parce qne seuls cette incision et ce drainage penvent permettre une décongestion et une désinfection rapide du foie, en assurant à la bile et aux liquides septiques une large voie d'écoulement.

B. — INTESTIN.

1. *Deux cas de sigmoïdite. Guérison sans opération.*
Société de Chirurgie, 14 mars 1906.

2. *Péricolite adhésive chronique. Etranglement aigu de l'angle duodeno-jéjunal.*
Société de Chirurgie, 27 juin 1906.

3. *Rétrécissement fibreux du rectum et crises violentes d'entérocolite muco-membraneuse. Création successive d'un anus iliaque gauche et d'un anus iliaque droit. Résection du rectum par la voie périnéale et création d'un anus sacro-coccygien suivi de la fermeture des deux anus iliaques. Guérison.*
Société de Chirurgie, 12 décembre 1918.

Chez nn malade qui, à la suite d'une dysenterie chronique, avait vu se développer un rétrécissement fibreux, d'origine inflammatoire, j'ai relevé l'existence de *crises douloureuses*, localisées au gros intestin et manifestement dues à l'association d'un élément nerveux et d'un élément inflammatoire. Je les ai vues apparaître chaque fois qu'il y avait *rétention* des matières fécales et acquérir une violence et une gravité telles qne j'ai été amené à créer un anus temporaire sur la terminaison de l'intestin grêle.

En présence de l'étendue des lésions de la portion rectale de l'intestin, j'ai dû me contenter d'aboucher la portion saine à la région coccygienne, me privant ainsi dn bénéfice de la conservation du sphincter anal. Mais, contrairement à l'opinion de certains chirurgiens, l'anns coccygien, lorsqu'il est surmonté de la sangle des releveurs, peut être considéré comme à peu près continent. C'est du moins ce qu'il m'a été donné

d'observer chez deux de mes opérés, et mon malade actuel prétend même qu'il lui est loisible de se rendre au cabinet, lorsqu'il éprouve le besoin d'aller à la garde robe et d'éviter ainsi la souillure du bandage en T qu'il porte en permanence.

4. *Empalement accidentel, perforation de la paroi antérieure du rectum et contusion de la vessie. Laparatomie. Guérison.*
Société de Chirurgie, 22 janvier 1907.

5. *A propos des perforations typhiques de l'intestin.*
Société de Chirurgie, 18 mars 1908.

Dans les perforations d'origine typhique, j'ai acquis la conviction que le succès de l'opération ne saurait dépendre uniquement de la précocité de son exécution : trois observations empruntées à ma pratique personnelle paraissent venir à l'appui de mon opinion.

Quant au manuel opératoire, je pense qu'il faut autant que possible aveugler la perforation intestinale. Mais si les parois de l'intestin sont trop friables ou les lésions trop étendues, j'estime qu'il est plus sage de fixer la perforation aux lèvres de l'incision cutanée et de l'isoler du reste du ventre à l'aide de mèches de gaze. Vouloir faire des résections intestinales chez des malades aussi affaiblis que le sont les typhiques et dans un milieu aussi infecté, c'est s'exposer à une mort rapide par shock opératoire. Enfin, quand les ulcérations occupent une assez grande hauteur de la fin de l'intestin grêle et font craindre la production de *perforations secondaires*, je suis d'avis de *créer un anus en amont de ces lésions*, afin de dériver le contenu intestinal, dont la présence constante est une cause d'irritation pour les plaques de Peyer ulcérées et ne peut que favoriser leur perforation.

6. *Sur l'Appendicostomie et la Cœcostomie dans les colites graves.*
Société de Chirurgie, 19 juillet 1911.

Il m'a été donné d'observer, chez les rapatriés du Tonkin, en 1885-1886, un grand nombre de malades, qui avaient contracté une colite ulcéreuse dysentérique chronique au cours de la campagne.

Les lésions cicatricielles constatées montrent bien que les malades qui en sont atteints sont au-dessus des ressources de la thérapeutique médicale : outre la cachexie

qni découle de l'infection générale et de l'abondance des selles, ces malades sont en effet menacés d'occlusion, dans la forme chroniqne sclérosante on d'accidents péritonéaux, dans la forme aigue nécrosante.

Quant au choix parmi les diverses opérations récemment proposées, il peut, à mon avis, se déterminer de la manière suivante.

Si l'on se trouve en présence d'une colite chronique sclérosante, avec ulcérations propagées an rectum et à l'anns, s'accompagnant de fièvre, de douleurs vives exacerbées par les selles on les tentatives de lavements, mieux vaut reconrir d'emblée à la cœcostomie. D'ailleurs rien n'est plus facile que de se renseigner de visu au cours de l'opération sur l'état du gros intestin.

Par contre, l'appendicostomie me paraît devoir s'appliquer aux formes récentes douloureuses, dont les crises rappellent celles de la colite muco-membraneuse. Du reste si elle échone, elle peut très facilement être transformée en une coecostomie vraie, sans exiger la pratique d'une nouvelle laparotomie.

7° *Traitement chirurgical de la dysenterie chronique.*
Société de Chirurgie, 1911.

C. — APPENDICE.

1. *Volvulus de la terminaison de l'intestin grêle par péritonite chronique d'origine appendiculaire.*
Société de Chirurgie, 22 mars 1912.

2. *A propos de l'Appendicite traumatique.*
Société de Chirurgie, 27 mars 1907.

Pratiqnant depuis de longues années dans un milien où l'appendicite et les tranmatismes de l'abdomen sont également fréquents, je n'ai pas souvenir d'avoir observé un seul exemple permettant de *conclure à la filiation directe de l'appendicite et du traumatisme.* Pour que la contusion abdominale pût provoquer d'emblée une crise appendiculaire, il faudrait que l'appendice fût plus accessible à son action. Or l'appendice lui échappe la plupart du temps en raison de son petit volume, de sa vacuité, de sa

mobilité et de sa sitnation, en arrière des anses grêles et en avant du psoas iliaque, qni le sépare du plan osseux sous-jacent.

Par contre, j'ai pu relever, chez quelques-uns de mes malades, le rôle important joné par les traumatismes, les exercices d'équitation ou de gymnastiqne et par les marches d'entraînement, dans le réveil d'nne crise appendiculaire.

Mes constatations ne font du reste que confirmer celles de MM. Legueu et Picqué.

3. *Appendicite pelvienne à évolution torpide simulant une péritonite tuberculeuse ; ouverture par la voie abdominale.*
Société de Chirurgie, 1er mai 1907.

Chez un malade amené pour des accidents d'obstruction intestinale accompagnés d'amaigrissement et d'augmentation de volume de l'abdomen, j'ai été conduit à aborder la collection purulente par la *voie abdominale*, avec drainage sus-pubien.

Je tiens à ce propos à m'élever *contre l'incision rectale*, malgré les succès qu'elle a procurés à certains chirurgiens. En raison de la complexité et de la multiplicité des adhérences que crée ordinairement la variété pelvienne de l'appendicite, j'estime qu'on doit hésiter à pousser à l'avengle, à travers la paroi rectale, un trocart ou nn bistouri, ce dernier fût-il d'un modèle spécial. En second lieu, le drainage par la voie rectale ne pent être qu'imparfait, vu les conditions par trop anormales dans lesqnelles il est établi, et il se prête mal à l'élimination rapide des gros blocs fibrino-purulents que l'on trouve tonjours en grande abondance dans la poche purulente.

Quant au drainage par la *voie sacrée*, il y a longtemps qu'il n'a plus qu'une valeur tbéorique.

Reste *la voie prérectale* : malgré les succès qu'elle a donnés, je ne la considère que *comme une voie de nécessité*. L'incision prérectale est forcément étroite, profonde et je dirais presque aussi aveugle que la voie rectale, attendu que dans le cas de diagnostic incertain, elle ne permet pas de se rendre compte des lésions existantes.

D. — PÉRITOINE.

1. *De l'intervention chirurgicale dans les contusions graves de l'abdomen.*
Mémoire récompensé par la *Société de Chirurgie* (Prix Laborie 1892). Paris, Asselin et Houzeau, 1893. 70 pages.

Le traitement chirurgical des contusions de l'abdomen peut être, avec juste raison, considéré comme une conquête récente de la chirurgie, car si Larrey et, après lui, Johert

de Lamballe, avaient été amenés à considérer l'intervention comme seule capable de prévenir la mort d'un grand nombre de blessés, aucun d'eux n'osa passer de la théorie à la pratique.

Parmi les 62 observations que j'ai pu grouper, la partie la plns intéressante concerne 38 cas d'intervention dans les contusions de l'intestin et du péritoine, avec plus de 52 % de guérisons.

Dix-sept observations de contnsions du foie ont donné 7 guérisons et 7 contusions de la rate, une seule guérison.

En présence d'un traumatisme grave portant sur le ventre, sans endommager ses parois, le chirurgien va-t-il intervenir immédiatement ou s'abstenir ? A l'beure actuelle, l'abstention systématique n'est plus de mise et *toutes les fois qu'il y a doute on est*, de l'avis de la plupart des cbirurgiens, *autorisé à intervenir.*

En fait de *contre-indications*, il n'y en a guère que deux : au début le sbock nerveux pent être si intense qn'il y aurait danger à manipuler encore un organe aussi ricbe que l'intestin en terminaisons nerveuses. Plus tard, quand les accidents péritonaux ont atteint leur summum d'étendue et d'intensité, que le malade est dans le collapsus, cyanosé, anurique et froid, le pronostic très fâcheux semble écarter toute intervention.

Je me résumerai donc en disant que :

1° Les contusions de l'abdomen, compliquées de légions viscérales, étant presque toujours suivies de mort, demandent une intervention hâtive.

2° Les commémoratifs de l'accident, la connaissance exacte du point traumatisé et l'ensemble des symptômes initiaux présentés par le blessé, permettront le plns souvent d'établir le diagnostic de rupture intestinale ou de déchirure hépato-splénique.

3° Le snccès opératoire dépendra surtout de la rapidité de l'intervention, l'hémorragie interne et la septicémie péritonéale étant les deux accidents les plus à redouter.

4° Dans les cas où les symptômes initiaux jurent par leur bénignité avec la gravité du traumatisme, le blessé sera condamné au repos le plus absolu et à une diète sévère : au moindre signe de péritonite, on interviendra.

5° La petite incision exploratrice de Robson peut, dans ces cas, trouver son indication.

6° Lorsqu'il existe une rupture complète de l'intestin ou une contusion grave nécessitant sa résection, l'entérorraphie avec drainage est le meilleur mode de traitement.

7° Dans les déchirures du foie, on aura recours à la suture ou au tamponnement.

8° Quant aux déchirures de la rate, l'abondance de l'bémorragie est telle qu'on sera le plus souvent, obligé de faire la splénectomie.

2. *Diagnostic et traitement des péritonites septiques diffuses produites par l'ulcère perforant du duodénum.*
Rapport de M. Ed. Schwartz. *Société de Chirurgie*, 5 janvier 1898.

3. *Péritonite suraigüe généralisée, consécutive à la perforation brusque d'un ulcère du pylore. Laparatomie.*
Archives de Médecine et de Pharmacie militaires, juillet 1898.

Parmi les accidents qui accompagnent ou terminent l'évolution de l'ulcère duodénal, il en est deux particulièrement redoutables :

1° L'hémorragie grave produite par la perforation de gros vaisseaux ;

2° Les accidents de septicémie péritonéale, dus à l'ouverture de l'intestin dans le péritoine non protégé par des adhérences. Presque toujours, comme dans le cas actuel, l'inondation du péritoine par les matières est générale. S'il existe des endroits, comme la fosse iliaque droite, la face inférieure du foie, où les fusées s'étendent de préférence et qu'il est bon de connaître à cause des erreurs de diagnostic possibles, il n'en est pas moins vrai qu'on se trouve, dans la majorité des faits, en présence d'une lésion d'emblée généralisée, en face de poisons agissant sur une très grande surface.

Le diagnostic de ces perforations est parfois singulièrement difficile : la douleur sous-costale ou épigastrique, l'absence de vomissements, au moins au début, l'absence de selles et de gaz par l'anus font trop souvent confondre les perforations du duodenum avec l'occlusion intestinale ou l'appendicite perforante. Si, d'autre part, on arrive à faire le diagnostic de perforation, on se trompe couramment sur le siège de la lésion initiale.

Aussi est-on frappé de l'énorme mortalité opératoire : 25 cas n'ont en effet donné que 3 guérisons.

L'intervention, pour être utile, doit être aussi précoce que possible. Dès que le diagnostic de perforation est établi, sans attendre qu'il y ait des signes de péritonite diffuse, il faut ouvrir largement l'abdomen sur la ligne médiane par une incision sus-ombilicale qu'on agrandira au besoin par en bas, sur laquelle on pourra même faire tomber une incision perpendiculaire, traversant le grand droit d'un côté, si le jour n'est pas suffisant ; *on ira à la recherche de la perforation, en se souvenant de la fréquence de la perforation duodénale.* Il ne faut pas oublier non plus que, très rapidement, les liquides septiques s'accumulent sous le foie et dans la fosse iliaque jusque dans le bassin ; et, si on ne doit pas se laisser induire en erreur par ces localisations, se rappeler qu'il faut y aller voir pour les drainer, après nettoyage aussi complet que possible, une fois la perforation trouvée et fermée.

En présence de l'impossibilité de réunir les bords de l'ulcère, à cause de son étendue

ou de la friabilité des tissus, on peut être amené à faire une suture immédiate, utilisant des guenilles de tissu, l'épiploon, les brides d'adhérences, pour constituer une barrière à l'écoulement des liquides, qui sont drainés en même temps du côté de la paroi laissée ouverte en partie.

4. *Des plaies pénétrantes de l'abdomen produites par l'épée-baïonnette Lebel.*

XIII[e] Congrès international de Médecine, 1900. Reproduction in *Archives de Médecine et Pharmacie. Militaires* novembre, décembre 1900.

Les plaies pénétrantes de l'abdomen produites par l'épée-baïonnette Lebel paraissent, comme celles causées par armes à feu de petit calibre, être souvent suivies de guérisons spontanées rapides, bien que la cavité abdominale ait été traversée de part en part.

De l'examen de 20 faits cliniques que j'ai pu collecter, il résulte que 5 blessés sont morts dans les quelques heures qui ont suivi le traumatisme et 15 ont guéri spontanément. Parmi ces malades, 8 ont eu le ventre traversé de part en part, et 12 ont présenté des plaies pénétrantes, dont la profondeur a varié de 5 à 25 centimètres. S'il paraît exister dans l'abdomen une zône *particulièrement dangereuse*, située immédiatement en avant et sur les côtés de la colonne vertébrale, la gravité des atteintes de cette zône tient surtout au *peu de mobilité* des organes qui y sont fixés. Par contre ce sont les anses grêles qui jouissent au suprême degré de cette mobilité. Normalement, en effet, grâce à la laxité du mésentère, au vernis péritonéal qui les recouvre et à l'état de vacuité de la cavité péritonéale, les anses sont douées de mouvements tellement faciles que nous n'en avons pas même conscience. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que une arme dont la vitesse est modérée, dont la pointe est naturellement émoussée, se borne à faire glisser les anses grêles les unes sur les autres et s'insinue entre elles. Ce qui aide encore à ce glissement, c'est l'état de tension relative de la paroi intestinale due à la présence de gaz dans son intérieur.

Les expériences que nous avons faites sur le *chien* ne sauraient à notre avis fournir l'explication du peu de symptômes observés chez l'homme. L'intestin du chien est plus bridé que celui de l'homme, ce qui le rend moins mobile que l'intestin de ce dernier ; sa paroi surtout est beaucoup plus épaisse de telle sorte que son élasticité est à peu près nulle et ne lui permet pas de fuir devant un corps vulnérant.

Nos expériences faites sur le *cadavre* ont été exécutées dans des conditions particulières qui méritent l'attention. Quand, en effet, sur un sujet mort depuis plus de 24 heures, on traverse les parois abdominales avec une baïonnette, on perfore toujours une ou plusieurs anses grêles et l'on voit sourdre immédiatement le contenu intestinal et les gaz le long des rainures de l'arme. Faites, au contraire, sur un sujet dont les mem-

bres sont à l'état de rigidité cadavérique, mais dont le ventre est encore chaud, la même expérience montre que les anses grêles fuient devant l'agent vulnérant et que les *organes fixes se laissent seuls traverser. Quant au contenu intestinal, qu'il soit liquide ou gazeux, il ne fuit pas le long de l'arme*, à moins que cette dernière ne soit laissée en place un certain temps ou que les anses ne soient malaxées ou comprimées.

5. *De l'intervention chirurgicale dans les blessures de l'abdomen, dans le service de l'avant.* *Société de Médecine militaire*, 1918.

E. — SACRUM.

Des opérations pratiquées par la voie sacrée.
Paris. Institut International de Bibliographie Scientifique, 1897.
Mémoire récompensé par la *Société de Chirurgie* de Paris. Prix Demarquay, 1895.

Cette étude critique fut entreprise pour montrer la part de la chirurgie française dans toutes les opérations qui ouvrent la paroi pelvienne postérieure, c'est-à-dire les interventions comprises dans une zône limitée, latéralement par le bord postérieur des deux os iliaques et, verticalement par deux lignes transversales, passant, la supérieure par les deux épines iliaques postérieure et inférieure, l'inférieure par l'anus. A cet effet, j'ai soumis à un contrôle anatomique les méthodes de résection définitive du sacrum et du coccyx ou du coccyx seul ; 2° les méthodes de résection temporaire de ces os ; 3° les méthodes parasacrées. J'ai ainsi acquis la conviction que le procédé de M. Morestin paraissait le plus capable de respecter les insertions musculaires principales, puisque son incision passe entre les fibres des deux releveurs et sectionne verticalement le coccyx ; en ne dépassant pas la 5° vertèbre sacrée, il évite ainsi la section de la 4me paire sacrée, respecte les fibres des segments sacro-sciatiques et n'a qu'une hémorragie osseuse peu abondante. Quant au jour ainsi obtenu, il est amplement suffisant pour rendre facile la libération, la résection et la suture du rectum et assurer consécutivement un drainage efficace.

Les résultats opératoires, dans les affections néoplasiques du rectum, méritent une mention spéciale : 95 opérations pratiquées ont donné 56 guérisons avec une mortalité de 38,9 %. Mais, ce qu'il importe de souligner, c'est que la guérison complète comprenant la cicatrisation de la plaie opératoire, avec la restitution ad integrum des fonc-

tions ano-rectales, a été obtenue dans 23 cas. Sans doute, ces guérisons n'ont eu pour la plupart qu'une durée éphémère, mais c'est là une critique qui ne se limite pas aux seuls néoplasmes du rectum.

Dans les rétrécissements du rectum, 17 cas ont donné 14 guérisons, avec une mortalité à peu près nulle : seuls les résultats fonctionnels laissent quelque peu à désirer, si l'on tient compte de la fréquence avec laquelle se produit la fistule sacrée.

Le temps et l'expérience se sont mis d'accord pour considérer la voie sacrée comme la voie de choix pour aborder les affections néoplasiques ou les rétrécissements du rectum, compris entre la face supérieure des releveurs et la 3e vertèbre sacrée, et n'ayant pas contracté d'adhérences avec les organes voisins. Il n'en est pas de même de l'hystérectomie sacrée, car, dans les cancers non circonscrits, il faut, en conformité d'idées avec M. Richelot «savoir se résigner aux interventions palliatives, et ce n'est pas faire de la chirurgie palliative que de se livrer aux grands fracas et aux grands délabrements de l'hystérectomie sacrée : ce sont là de vrais excès chirurgicaux ».

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE

1. *Traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie.*
Archives générales de Médecine, février 1894.

2. *Contusion de l'abdomen par coup de pied de cheval. Symptômes immédiats de rupture de la vessie. Guérison sans intervention.*
Société de Chirurgie, 18 juillet 1899.

Avant d'aborder le traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie, je résumerai brièvement les principaux signes qui permettent le diagnostic : la douleur spéciale ressentie au moment de l'accident ; le refroidissement cholériforme qui la suit et persiste un certain temps ; un besoin impérieux de la miction et que le malade ne peut satisfaire ; l'absence du globe vésical en arrière du pubis, et l'absence ou la faible quantité d'urines ramenées par le cathétérisme. Ce dernier mode d'investigation peut, dans certains cas, permettre d'affirmer l'existence et le siège de la rupture, mais on ne devra s'en servir qu'avec les plus grands ménagements.

Les 52 observations que j'ai pu réunir se répartissent en deux catégories : la première, qui compte 18 faits, comprend les opérations pratiquées pour *ruptures extra-péritonéales* de la vessie. Ces opérations ont donné 10 guérisons.

La seconde catégorie renferme les cas où l'on est intervenu pour une *lésion de la vessie, atteignant en même temps la séreuse péritonéale* : 34 interventions ont été suivies de 14 guérisons. Ce qui vient assombrir le pronostic dans cette variété de ruptures, c'est, moins le danger d'une infiltration urineuse ou l'existence d'une fracture du bassin, que la possibilité d'une infection de la séreuse péritonéale.

Les succès obtenus par l'intervention précoce m'autorisent à formuler les conclusions suivantes :

1° L'intervention est le seul mode de traitement des ruptures de la vessie.

2° Pour être curative, cette intervention devra être hâtive, surtout si la rupture est intra-péritonéale, ou s'il existe une fracture du bassin.

3° Si la rupture est intrapéritonale, la laparatomie sera médiane et aura pour but la suture hermétique de la vessie et, s'il y a lieu, le drainage de la cavité abdominale.

4° Si la rupture est extrapéritonéale, on aura le choix entre l'incision médiane de la taille hypogastrique, l'incision de Trendelenburg, le procédé d'Helferich et la symphyséotomie. En cas de doute sur le siège de la rupture, le mieux sera de commencer par l'incision verticale.

Dans tous les cas, on devra, autant que possible, respecter le péritoine. L'ouverture de cette séreuse ne sera permise que si l'on a des doutes au sujet de l'intégrité des viscères abdominaux.

5° Même dans la variété extrapéritonéale, la suture de la vessie devra toujours être tentée et préférée au drainage.

6° On devra se contenter, pour drainer, de la voie hypogastrique, et n'inciser le périnée que dans le cas d'infiltration urineuse, ou de lésions siégeant au voisinage du col.

7° Si l'on ne peut employer la suture, on drainera la vessie à l'aide des tubes-siphons et d'une sonde maintenue à demeure. L'usage de cette dernière devra, dans tous les cas, être préféré au cathétérisme.

3. *Sur le traitement de la tuberculose du testicule.*

Société de Chirurgie, 31 mai 1899.

Des faits de tuberculose testiculaire qu'il m'a été donné d'observer ou de soigner dans l'armée, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Dans la plupart des cas, les malades atteints d'orchite tuberculeuse ont des lésions de même nature dans d'autres organes, ce qui enlève à la castration toute valeur curative et prophylactique.

2° Des opérations partielles, portant sur les seuls organes atteints et conservant le testicule, permettent d'obtenir une guérison locale et une amélioration de l'état général aussi rapide et aussi prolongée que l'opération radicale.

3° Quant à cette dernière, je la réserve pour les cas si bien spécifiés par M. Berger, dans lesquels le testicule, atteint par la tuberculose, est une des causes principales de

l'altération de la santé générale, de la déperdition des forces, et des souffrances, et menace ainsi directement la vie du malade.

4. *Kyste dermoïde du prépuce.*
En collaboration avec Sacquépée.
Société anatomique, 1899.

5. *Périépididymite d'origine phlébitique.*
En collaboration avec Mignon.
13e Congrès International de Médecine, Paris, 1900.

CHIRURGIE DES MEMBRES

1. *Des ostéomes musculaires.*
Congrès français de Chirurgie, Lyon, 1894.

2. *Deux cas d'ostéomes musculaires avec relations d'expériences.*
En collaboration avec Berthier.
Rapport de M. Delorme. *Société de Chirurgie*, 1894.

3. *A propos des ostéomes musculaires.*
Société de Chirurgie, 12 juin 1912.

Dès 1894, avec Berthier, j'ai entrepris quelques expériences sur le lapin, dans le but de *démontrer l'origine périostique des ostéomes musculaires.* Sur un certain nombre de lapins, nous avons sectionné de nombreux faisceaux musculaires, dans la masse des adducteurs de la cuisse, en ayant bien soin de respecter le périoste. De violentes contractions étaient imprimées au muscle incisé, pour augmenter l'étendue des lésions traumatiques, et les tissus cutanés étaient suturés avec soin. *Jamais*, chez les animaux ainsi opérés, nous n'avons vu se développer d'ostéome.

Sur un second groupe d'animaux, nous *désinsérions* les fibres musculaires, en *raclant fortement l'os*, de façon à détacher le périoste et, chez ces animaux, nous avons toujours vu apparaître du tissu osseux.

Par conséquent, sans nier le rôle de la myosite ossifiante, je suis tenté, d'après le résultat de ces expériences, d'admettre *l'opinion d'Ollier qui veut qu'il y eût dans ces*

cas une intervention des éléments périostés. Nous en avons une autre preuve dans la localisation presque exclusive des ostéomes, dans les muscles qui ont une insertion périostée très étendue (adducteurs, deltoïde, etc.)

4. *Etude sur les corps fibreux articulaires.*
En collaboration avec Berthier.
Archives de Médecine expérimentale, février 1897.

5° *Au sujet des fractures de la clavicule.*
Société de Chirurgie, 10 mai 1899.

J'ai été appelé à intervenir chez un malade porteur d'une fracture ancienne de la clavicule, siégeant à l'union du tiers moyen et du tiers externe, et avec chevauchement considérable des fragments. La réduction immédiate n'ayant pu être obtenue, le fragment externe, très irrégulier, était devenu une cause d'irritation permanente pour le plexus brachial, avec lequel il se trouvait en contact. Mon malade se plaignant, tout à la fois, de phénomènes douloureux et d'une impotence fonctionnelle, manifestement consécutifs à la compression des troncs nerveux par le cal, l'intervention m'a paru être le seul traitement rationnel. Cette opération devait avoir pour but l'ablation des parties exubérantes du cal, la réduction, l'avivement et la suture des fragments. La disparition très rapide des accidents nerveux et le retour progressif de la force musculaire ont pleinement justifié cette conduite.

6° *Synovite primitive tuberculeuse des péroniers.*
Lyon Médical, 2 août 1896.

7° *Cellulite péri-tendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe.*
Archives de Médecine et Pharmacie Militaires, janvier 1900.

De l'observation de quatre malades et des circonstances dans lesquelles est apparue leur affection, je me trouve amené à admettre l'existence d'une *synovite un peu anormale de la jambe*, sorte *d'aï crépitant*, qui paraît mériter d'être rapproché de l'aï crépitant de l'avant bras, décrit jadis par Larcher.

Cherchant à préciser la localisation anatomique de cette affection, je rappelle qu'il existe à la partie antéro-externe de la jambe, le long des tendons des muscles extenseurs de la jambe et du jambier antérieur, des gaines celluleuses, tout à fait indé-

pendantes les unes des autres, et sans communication aucune avec les gaines synoviales du con-de-pied.

En résumé, je pense qu'à côté de la *myosite* et de la *périostité*, dites de *fatigue*, et de la *synovite du cou-de-pied*, il y a place pour une quatrième affection, à laquelle je donnerai, avec Pauzat, le nom d'aï crépitant et mieux encore de *cellulite péritendineuse des muscles de la loge antérieure de la jambe*.

Très douloureuse au début, au point de rendre la marche impossible, la cellulite péritendineuse cède très rapidement à l'influence du repos et de la compression ouatée.

8° *Arthrite suppurée de la hanche droite, consécutive à une rougeole compliquée d'otite moyenne suppurée ; arthrotomie, guérison.*
Archives de Médecine et Pharmacie Militaires, juin 1900.

9° *Fracture sus-condylienne du fémur avec renversement des fragments ; suture métallique, guérison.*
Archives de Médecine militaire, 1905.

9° *Discussion sur les fractures des malléoles.*
Société de Chirurgie, 4 décembre 1906.

Pour expliquer les déviations secondaires qne l'on observe à la suite des fractures du cou-de-pied et tout particulièrement à la suite de la fracture de Dupuytren, il y a lieu d'envisager deux ordres de causes :

1° Une altération des muscles et des ligaments qui les empêche de remplir leur rôle de soutien ;

2° L'existence de cals souvent irréguliers, en raison d'un défaut de réduction, et qui, mal nourris, restent longtemps *malléables*, s'écrasent sous le poids du corps ou s'étirent sous l'effort d'une traction.

Comme il est fort difficile d'assigner une limite à cette malléabilité du cal, il faut recourir à l'emploi, pendant plusieurs mois, d'appareils orthopédiques chargés de maintenir la réduction obtenue par les appareils platrés et de soutenir le poids du corps jusqu'à ce que le cal ait acquis une résistance suffisante.

10° *De l'amputation-calcanéenne de Ricard.*
Rapport sur une observation de Jacob.
Société de Chirurgie, 1910.

11° *Rupture pathologique du tendon d'Achille. Intervention, guérison.*
Rapport sur une observation de Vandenbosche.
Société de Chirurgie, 1910.

12° *Ostéomyélite tuberculeuse du fémur gauche. Désarticulation de la hanche, avec hémostase par le procédé de Momburg.*
Rapport sur une observation de M. Coullaud.
Société de Chirurgie, 19 juin 1912.

CHIRURGIE SPÉCIALE

Ecole d'application du Val de Grâce. Cours de chirurgie spéciale.
Cours lithographié. 36 leçons, 1910.

Ce cours comprend trois parties bien distinctes :

La premièro, consacrée aux maladies des yeux, compto vingt et uno leçons, dans lesquelles les notions de physique médicale sont réduites au minimum nécessaire pour faciliter la compréhension des affections oculaires : au contraire, les divers examens de l'œil, avec les applications diagnostiques qui en découlent, ont fait l'objet de descriptions minutieuses. Il s'agit là d'un enseignement essentiellement pratique, comportant à chaque leçon soit l'examen de sujets normaux, soit celui de sujets atteints d'affections, d'abord simples, telles qne vices de réfraction et lésions conjonotivo-cornéennes. Par une progression savante, les élèves sont ainsi conduits au diagnostic des troubles plus complexes, car, à la fin de chaque séance, en présence même dn sujet examiné, les erreurs de diagnostic sont rectifiées par le cbef de service.

Les maladies des oreilles comprennent huit leçons, toutes empreintes du même esprit analytique. Les complications vasculaires, méningées et encépbaliques des otites y ont été l'objet d'une description très détaillée.

A la troisième partie, maladies du nez, du pharynx et dn larynx, ne sont consacrées que trois leçons, mais certaines questions d'actualité, comme l'insuffisance nasale y ont reçu tont le développement qu'elles comportent. Le retentissement pulmonaire de cette insuffisance nasale y attire déjà l'attention des médecins militaires sur le dépistage des faux tuberculenx.

Enfin ohacune de ces trois parties se termine par une étnde médico-légale des divers appareils et la simulation y est traitée avec toute l'ampleur qu'elle mérite dans un milieu aussi spécial.

A. — ŒIL.

Examen de la vision au point de vue militaire.
Encyclopédie française d'Ophtalmologie, IX, 1890.

B. — NEZ.

1° *Un cas de déformation du thorax et de la face, chez un adénoïdien.*
Société des Sciences Médicales de Lyon, 1894.

2° *Adénite génienne.*
Lyon Médical, 1895.

Trois nouvelles observations d'adénite génienne viennent confirmer la réalité anatomo-clinique de cette forme décrite tout d'abord par le professeur Poncet.

Ces adénites, encore assez fréquentes, présentent d'ordinaire une marche subaiguë et paraissent succéder aux lésions inflammatoires communément observées de la bouche et du pharynx.

La tuberculose, la syphilis et les néoplasmes de ces mêmes régions pouvant également les produire, il sera nécessaire, dans le cas d'une affection néoplasique, de penser à l'extension possible aux ganglions géniens et, par suite, d'enlever, en même temps que le néoplasme, ces ganglions géniens envahis.

3° *Un cas de rhinite atrophique.*
Société anatomique, 1899.

4° *Un cas d'épithéliome tubulé du sinus maxillaire. Résection du sinus maxillaire, guérison.*
Société française d'Otologie, mai 1907.

5° *De l'insuffisance nasale respiratoire.*
Société de Médecine militaire, 1908.

6° *De la résection sous-muqueuse de la cloison déviée.*
En collaboration avec Rouvillois.
Congrès de la Société française de Laryngologie, Otologie et Rhinologie, mai 1908.

Ce travail a pour bnt de démontrer qne les indications de la résection sous-muqueuse de la cloison peuvent et doivent être étendues au delà des limites du traitement de l'obstruction nasale simple.

Parmi les diverses indications de cette opération, il en est une qui, depuis, a pris une importance particulière, à savoir l'insuffisance respiratoire d'origine nasale. Dix sujets opérés par nous de la déviation de la cloison, ont été examinés par M. le Professeur Lemoine avant l'opération, immédiatement après l'opération, et plusieurs mois après (6 mois en moyenne) : aucune modification nette n'a été perçue immédiatement après l'opération, mais il n'en a pas été de même six mois après. Sous l'influence d'inspirations plus faciles et plus amples, 6 sujets sur 10 ont présenté une amélioration très nette de l'inspiration.

Dans le mode opératoire que nous préconisons, nous insistons sur *la nécessité absolue de désinsérer la cloison à la partie la plus inférieure*, en commençant en avant, par l'os sous-vomérien et en continuant cette désinsertion aussi loin que possible en arrière. En résumé la résection telle que nous la pratiquons comprend l'ablation du cartilage quadrangulaire en totalité, de la partie inférieure de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde et de la partie antérieure du vomer, dont le bord postérieur seul est respecté. Nous ne craignons pas de faire large : c'est la condition du succès. .

Si les résultats anatomiques ne présentent aucune relation avec les résultats fonctionnels, par suite de la régénération partielle du septum, ces résultats fonotionnels sont assez enoourageants pour que cette intervention ne soit plus considérée comme une simple opération de complaisance, mais comme une *véritable opération de nécessité.*

7° *Influence des obstructions nasales sur les phénomènes respiratoires.*
En collaboration avec M. Lemoine.
Société Médicale des Hopitaux, décembre 1908.

8° *Traitement des malformations de la cloison nasale par les procédés sous-muqueux.*
En collaboration avec Rouvillois.
Congrès de la Société française d'Otorhino-Laryngologie, mai 1909.

Tout en montrant par nos statistiques hospitalières, l'éclectisme qui guide nos interventions, nous tenons à démontrer à nouveau que la méthode sous-muqueuse nous paraît présenter le maximum d'avantages dans la ohirurgie de la cloison. Elle est idéale, paroe qu'elle est anatomique et physiologique dans sa conception, véritablement chirurgicale dans son exécution et féconde dans ses résultats.

Sans revenir sur les principales indications cliniques de l'opération, nous démontrons *qu'il appartient à l'anatomie pathologique de nous fixer sur le choix du procédé.* La réseotion sous-muqueuse typique et complète satisfait seule en effet à l'obstruction

bilatérale déterminée par une hypertrophie de l'os sous-vomérien et du cartilage de Huschke, sans préjudice d'une crête voméro-chondrale qui accompagne souvent la lésion précédente.

Cette résection sous-muqueuse présente un triple avantage :

1° *Elle ménage la muqueuse* et évite la formation de croûtes intra-nasales qui succèdent toujours à sa destruction.

2° *Elle donne la certitude d'enlever tout ce qui fait obstacle à la respiration, sous le contrôle de la vue* ;

3° *Elle est l'opération optima chez les adultes* dont le squelette du crâne et de la face est arrivé à son complet développement et chez lesquels les malformations ostéo-cartilagineuses de la charpente nasale peuvent être considérées comme définitives.

9° *De l'insertion des polypes naso-pharyngiens.*
Société de Chirurgie, 1910.

10. *La désinfection du naso-pharynx.*
En collaboration avec Rouvillois.
Congrès de la Société française d'Oto-Rhino-Laryngologie, mai 1910.

La désinfection du naso-pharynx a été tentée par de nombreux procédés, mais, après avoir envisagé les inconvénients de chacun d'eux, nous sommes arrivés aux conclusions suivantes :

1° *L'antiseptique doit être amené dans le cavum sous forme gazeuse.*

Les liquides, en effet, sont souvent mal tolérés et ne sont d'ailleurs pas exempts de danger. En outre la force de pénétration des gaz est infiniment supérieure à celle des liquides. Nous croyons donc que les douches nasales ou rétronasales, les bains, les instillations diverses, les pulvérisations variées sont d'une efficacité doutense.

Nous ne parlons que pour mémoire des pommades ou des poudres dont l'application rationnelle est pour ainsi dire irréalisable.

2° *Les vapeurs antiseptiques doivent être amenées sous pression, dans le naso-pharynx lui-même, par un instrument approprié.*

3° L'instrument qui amène ce gaz doit *être introduit par le nez* et non par la bouche. Il permet de réaliser ainsi la désinfection préalable du nez, et est surtout mieux toléré que tous ceux qui utilisent la voie buccale.

En guise de corollaire pratique, nous avons fait construire une petite canule droite, mince, à extrémité mousse perforée et possédant, en outre, près de son orifice terminal,

quatre trous, situés aux quatre points cardinaux,à la faveur desquels l'antiseptique gazeux diffuse dans tous les sens.

Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent de l'antiseptique que nons préconisons, pour la raison bien simple que nous n'avons aucune préférence.

· Néanmoins nous employons volontiers les vapeurs d'iode qui peuvent être obtenues facilement en utilisant de l'eau additionnée d'une quantité variable de teinture d'iode.

11. *Traitement chirurgical des antrites frontales.*

En collaboration avec Rouvillois.

Paris, Baillière et fils, 1911.

Sous le nom de complications post-opératoires des antrites frontales, nous comprenons les accidents qni apparaissont cliniquement aussitôt après l'opération ou dans un temps suffisamment rapproché pour pouvoir lui être logiquement rattachés. De ce sujet sont donc exclus, par définition, les cas dans lesquels les accidents avaient commencé à évoluer cliniquement après l'opération.

Après avoir passé successivement en revue les divers procédés opératoires, tant par la voie externe que par la voie endonasale, nous avons pu grouper 71 observations de complications consécutives aux interventions par la voie externe. Trois sortes d'accidents méritent une attention partioulière en raison de leur fréquence ou de leur gravité ; ce sont :

1° *Les accidents oculo-orbitaires* (17 cas), parmi lesquels la diplopie par paralysie du grand oblique s'est montrée 7 fois.

2° *L'ostéomyelite*. De la lecture de ces observations se dégage un fait intéressant : c'est la *multiplicité* et par suite *l'ancienneté* des lésions des cavités annexes des fosses nasales chez les opérés qui ont présenté cette grave complication. Par suite des relations qui existent entre le réseau vasculaire muqueux et le réseau vasculaire osseux, il se produit dans les parois de l'antre frontal unc *ostéite suppurée raréfiante*, caractérisée par une accumulation de cellules embryonnaires et de leuoocytes issus des vaisseaux et qui arrivent à constituer des fongosités dans leurs canalicules osseux. Mais la minceur do ces parois est telle que ce travail d'ostéite ne peut demeurer longtemps dissimulé dans la profondeur de l'os et qu'il ne tarde pas à se traduire à l'extérieur par la formation de collections sous-périostées ou extra-durales.

C'est alors qu'intervient une autre particularité de la structure de l'antre frontal : la *continuité* de son tissu avec le tissu osseux du reste du crâne. Quand l'infection a envahi les parois de l'antre, elle n'attend qu'une occasion favorable pour s'étendre à tout l'os frontal, puis aux pariétaux, aux temporaux, à l'occipital et même à la base du crâne.

3° Les *accidents méningés*, qui ont fourni 30 cas avec 27 morts. Des trois formes d'infection intra-crânienne connues, la leptoméningite foudroyante post-opératoire a compté à elle seule 17 cas.

Quant aux voies suivies par l'infection post-opératoire, elles sont de deux ordres :

1° La voie par continuité de lésions qui est admise par tous les auteurs comme étant la plus fréquente. Nous l'admettons volontiers tout en faisant des réserves et en nous demandant si l'infection, quoique latente, n'emprunte pas dans ce cas la voie vasculaire et notamment la voie veineuse largement ouverte ;

2° La voie vasculaire, également admise par les auteurs, mais qui n'est scientifiquement démontrée que pour la voie veineuse à laquelle nous accordons une importance de premier ordre. Quoiqu'il en soit, la voie vasculaire, veineuse ou lymphatique, est la seule qui, dans l'état actuel de nos connaissances explique l'apparition et l'évolution rapide des complications post-opératoires des antrites frontales.

La meilleure prophylaxie des complications post-opératoires consiste dans la précision du diagnostic local, sans oublier à ce sujet l'examen radiographique de l'antre et l'examen histologique du pus, et aussi dans le choix judicieux de la méthode opératoire. Nous rappelerons à ce propos qu'il est des cas où l'intervention doit être parcimonieuse et progressive, notamment dans les antrites en période d'acuité, certaines pansinusites, et l'ostéomyélite cranienne envahissante. Dans les cas où l'intervention doit au contraire être complète d'emblée, il importe : 1° d'éviter *la violence des manœuvres opératoires*, 2° *de respecter la nécessité impérieuse du drainage maximum, soit par la plaie opératoire, soit surtout par le canal naso-frontal.*

12. *Du murmure vésiculaire avant et après le traitement chirurgical de l'obstruction des fosses nasales.*
Académie de Médecine, 1912.

13° *De la voie paralatéro-nasale dans le traitement de certaines formes de fibromes nasopharyngiens.*
Académie de Médecine, 1913.

C. — OREILLE.

1. *Trois cas d'abcès du cerveau et considérations rélatives au traitement chirurgical des complications d'origine otitique.*
Société française d'Otologie, Laryngologie et Rhinologie, mai 1907.

2. *Deux cas d'abcès du cerveau. Considérations cliniques et opératoires.*
Société parisienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie, novembre 1909.

3. *Trois cas de réaction méningée au cours d'infections chirurgicales : phlegmon diffus, appendicite, oto-mastoïdite.*

Rapport sur trois observations de MM. Raymond, Vennin et Lahaussois.

Société de Chirurgie, 5 juillet 1911.

A un moment où il était classique de considérer la méningite purulente comme au-dessus des ressources de la chirurgie spéciale, nous avons eu à nous féliciter de pratiquer d'emblée l'incision méningée et ponctionner l'encéphale, notamment dans une série de méningites d'origine otitique.

Deux nouvelles observations, recueillies avec Rouvillois, m'ont confirmé dans cette manière de procéder et permis de préciser les conditions opératoires dans les divers cas. Si, dans l'abcès cérébral qui se développe au cours des otorrhées chroniques, l'ouverture doit être, en règle, précédée d'une exploration préliminaire de l'antre, de l'aditus et de la caisse, il n'en est plus ainsi dans les abcès survenus au cours d'une oto-mastoïdite aigüe. Dans ce cas, l'ouverture préalable des cavités de l'oreille est inutile et l'intervention rapidement menée consiste dans l'agrandissement à la pince-gouge de l'orifice osseux situé au niveau du plafond de l'antre, sans évidement pétro-mastoïdien.

Les observations de MM. Raymond, Vennin et Lahaussois m'ont permis de revenir sur ce sujet et de préciser encore davantage les conditions de l'intervention, car, dans la méningite séreuse et même septique, l'indication thérapeutique est moins sévère qu'en cas de méningite purulente : il suffit alors, comme le remarque Lermoyez, de supprimer le foyer suppuré otique ou périotique, sans inciser la dure-mère, pour obtenir la guérison.

Ce qui complique le diagnostic, c'est que, même chez les malades atteints d'une lésion inflammatoire située au voisinage des méninges, il est des cas où *la réaction méningée qui suit n'indique pas toujours une réaction de voisinage,* mais doit être mise sur le compte d'une *infection générale.*

4. *A propos de l'intervention immédiate dans les coups de feu de l'oreille.*

Société de Chirurgie, 6 novembre 1907.

Corroborant les conclusions d'un mémoire de M. Picqué, je considère que l'intervention immédiate dans les cas de coups de feu de l'oreille, me paraît *indiquée, moins pour enlever le projectile que pour en éviter les accidents infectieux qui en sont la conséquence inévitable* : les faits cliniques montrent que ce but peut être atteint alors même que le projectile n'a pu être enlevé et est resté enclavé dans le crâne.

A cet égard, *l'opération retro auriculaire* me paraît l'opération de choix, parce que,

senle, elle se prête aisément anx denx indications essentielles de l'intervention, à savoir : la recherche et l'extraction dn projectile, et, en second lieu, le drainage et la surveillance du foyer traumatique et opératoire.

La voie auriculaire postérieure est large, jalonnée par des points de repères précieux et permet un évidement complet du foyer traumatique. On ne saurait lui objecter qu'elle expose à l'infection des cellules mastoïdiennes et de l'antre, puisque ces cavités en relation avec la caisse sont forcément vouées à subir à ce point de vue le sort de cette dernière. Enfin en permettant de surveiller et de traiter la plaie opératoire par le conduit auditif, elle simplifie les pansements ultérieurs et rédnit à lenr minimum les dangers d'une infection secondaire.

5. *Deux cas de fistules congénitales de l'hélix.*
En collaboration avec Rouvillois.
Société de Laryngologie de Paris, 1910.

6. *Un cas d'abcès cérébelleux ; intervention, guérison.*
Rapport sur une observation de Vennin.
Société de Chirurgie, 1913.

D. — LARYNX.

1° *Un cas d'asphyxie par bol alimentaire.*
Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux, 1883.

2. *Du traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée.*
Société de Chirurgie, 3 juin 1908.

3. *Cinq cas de laryngostomie.*
En collaboration avec Rouvillois.
Annales des maladies de l'Oreille et du Larynx, n° 10, 1911.

Faisant état des travaux de Sargnon sur la laryngostomie, et du succès obtenu par lni chez un malade do mon service, nous avons à notre tour pratiqné cette opération chez cinq malades parmi lesqnels quatre étaient atteints de laryngotyphus et un de traumatisme du larynx. Il va sans dire que le point le plus important de cette opération ne réside pas dans la section verticale et médiane du larynx et d'une partie de la

trachée, attendu que cette section n'est pas nouvelle, mais dans le fait de maintenir béante la gouttière laryngo-trachéale ainsi créée, aussi longtemps que l'exigent les accidents de sténose.

L'expérience que nous avons ainsi acquise nous permet d'insister sur un certain nombre de réflexions :

1° La laryngostomie est préférable à la dilatation simple. Elle est *parfaitement bénigne, quand on intervient alors que les accidents inflammatoires* intralaryngés sont complètement éteints.

2° Le temps le plus important, à notre avis, est celui de la *dilatation*. Plus les accidents laryngés sont graves, moins il faut se hâter, si l'on ne veut perdre en quelques jours le bénéfice péniblement acquis antérieurement. *Savoir aller lentement dans la dilatation est donc une condition essentielle du succès.*

3° Un écueil est de vouloir *trop dilater le larynx.*

4° Quant à *la fermeture de l'ouverture laryngo-trachéale, nous ne la voulons pas immédiate* ; sa réussite dépend moins du procédé opératoire auquel on peut recourir que de l'*étendue des lésions* subies par le larynx.

4. *Œsophagotomie pour corps étranger dans l'œsophage.*

Fragment d'adénotome.

Société de Chirurgie, 1911.

Un examen radioscopique ayant révélé l'existence d'un fragment d'adénotome accroché dans l'œsophage, à hauteur des premières vertèbres dorsales, l'œsophatogotomie fut pratiquée sans difficulté.

Les raisons qui militèrent en faveur de cette intervention furent : 1° Le grand diamètre du corps étranger (21 $^{m}/_{m}$) ; 2° Sa situation spéciale qui rendait particulièrement dangereuse pour les parois œsophagiennes toute pression de haut en bas ; 3° La difficulté de recourir à l'œsophagoscopie, en raison du suintement sanguin provenant des plaies amygdaliennes et pharyngées.

C'est là le sixième cas de rupture de l'adénotome qu'on trouve dans la littérature médicale, mais dans deux cas le fragment de curette put être retiré avec le doigt ou avec une pince et, trois fois, il fut rendu par les selles, après avoir été dégluti.

Dans le cas actuel, il est permis de se demander, en présence de la facilité avec laquelle le corps étranger a été rejeté au cours d'un vomissement, si l'œsophagotomie était justifiée. Or il ne faut pas oublier que cette expulsion a été singulièrement facilitée par la *position déclive de la tête et par la présence de l'ouvre-bouche.*

Dans toute autre situation le fragment d'adénotome aurait bien pu s'accrocher

plus fortement aux parois de l'œsophage, ou pénétrer dans les voies aériennes. Or, l'*œsophagotomie est une opération facile* ; *elle ne peut être que bénigne si l'on intervient avant toute inflammation œsophagienne.*

5. *A propos de l'anesthésie régionale du larynx dans la tuberculose laryngée.*
En collaboration avec Rouvillois.
Archives internationales de Laryngologie, d'Otologie et de Rhinologie, 1911.

Dans un cas de phtisie laryngée, nous avons employé avec succès, pour calmer les douleurs de la déglutition, l'injection d'une solution de cocaïne à 1 p. 200, mais en utilisant la technique de Chevrier et de Cauzard. L'avantage de cette méthode est d'utiliser *un repère fixe* (le cartilage thyroïde) et de répandre l'anesthésique, non pas au voisinage immédiat du nerf, ce qui est toujours aléatoire, mais dans le plan anatomique dans lequel il se trouve.

Sans vouloir tirer de conclusion d'un fait unique, nous croyons devoir insister sur les bienfaits de l'anesthésie régionale du larynx qui, associée, le cas échéant, aux petits moyens habituels, peut nous permettre de soulager considérablement les malades atteints de phtisie laryngée.

Nous croyons également, d'accord avec MM. Chevrier et Cauzard, que ce procédé peut rendre des services dans *l'exploration trachéale ou bronchique par la méthode de Kilian,* ainsi que dans la chirurgie endo-laryngée (cautérisations, ablation de polypes, etc.).

Nous croyons enfin, avec ces auteurs, que cette méthode pourrait être utilisée avec avantage dans la pratique des *opérations par voie externe* : trachéotomie, laryngo-fissure, laryngectomie partielle ou totale.

FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ

1. *Note sur les mesures prises dans le camp retranché de Paris pour le dépistage, l'isolement et l'élimination de l'armée, des tuberculeux militaires.*

En collaboration avec M. Léon Bernard.

Académie de Médecine, 4 juillet 1916.

L'organisation antituberculeuse du camp retranché de Paris comprend trois sortes de formations :

a) Les *consultations spéciales*, au nombre de quatre, qui assurent le drainage et le rassemblement des tuberculeux et des suspects.

b) A chacune de ces consultations est annexé un service de *triage*. L'observation des malades, poursuivie dans ce service, aboutit à les classer en quatre catégories :

1° Ceux qui ne sont pas tuberculeux ou qui ne sont atteints que des formes larvées de bacillose (asthme, emphysème, bronchite) ; ils ne sont pas gardés dans ces services ;

2° Ceux qui, bien que présentant des formes légères de bacillose pulmonaire, ne paraissent pas perdus pour l'armée ; ils sont envoyés dans les hôpitaux-sanatoriums en vue d'une cure rationnelle ;

3° Ceux dont les lésions plus avancées imposent la réforme temporaire ou définitive : conformément à la loi, ils sont d'abord envoyés dans les stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur, où la réforme est ultérieurement prononcée.

4° Ceux qui sont atteints de formes aigües ou de formes graves, mortelles, de la phtisie pulmonaire ; ils sont gardés dans les services spéciaux, afin de leur éviter des déplacements dangereux.

c) Les *hôpitaux-sanatoriums*, qui comptent **990 lits**, sont aménagés en vue de la cure des tuberculenx pulmonaires. Là, les malades reçoivent le traitement et l'édncation hygiéniqne rationnels pendant qnelqnes mois.

Ainsi sont réalisés la discrimination des suspects, l'uniformité des décisions prises à leur égard : et cette organisation, en respectant lois et règlements, assure, grâce à ses **2.600** lits réservés anx tuberculeux dans les formations spéciales, l'assistance des malades et la prophylaxie de la maladie.

2. *Note concernant le fonctionnement actuel du service de santé de l'avant.*

Académie de Médecine, février 1918.

La guérison du blessé étant fonction de la rapidité de l'intervention opératoire, toutes mesures sont actuellement prises pour organiser dans chaque secteur des *Groupements avancés d'ambulances*, où tout l'effort des équipes chirurgicales de corps d'armée doit se porter de préférence sur le traitement des blessés des parties molles, *blessés dits récupérables*.

Les Groupements avancés ne sont pas simplement chargés de soigner les *intransportables* et d'opérer la majeure partie des blessés des parties molles, c'est à eux qu'incombe ordinairement le soin de *trier* les blessés qui leur sont amenés et de les répartir entre les hôpitaux d'évacuation et certaines formations spéciales voisines, placées plus en arrière.

Les hôpitaux d'évacuation, ordinairement au nombre d'un par corps d'armée, sont placés à 15 ou 20 kilomètres en arrière du front. Ils se composent : 1° d'un *quartier d'évacuation* où sont rassemblés tous les blessés jugés susceptibles d'être évacués soit sur la zône des étapes, soit sur l'intérieur ; 2° d'un *quartier d'hospitalisation* réservé aux blessés plus gravement atteints et comme tels inévacuables avant plusieurs jours ou plusieurs semaines. C'est là que sont installées les ambulances chirurgicales automobiles auxquelles revient le soin de traiter le plus rapidement possible les blessés du crâne, de la poitrine ou de l'abdomen.

En prévision d'un afflux considérable de blessés, il a été prévu, dans la zône des étapes, des hôpitaux permettant en quelques heures le dégagement d'un H.O.E. encombré. Ces hôpitaux, dénommés très judicieusement *hôpitaux de liaison chirurgicale*, servent aussi à pratiquer les *sutures retardées* et les *sutures secondaires* sur les opérés évacués tout débridés, mais non suturés par les formations de l'avant.

Les heureux résultats de cette solide organisation n'ont pas tardé à se faire sentir et les statistiques les plus récentes ont donné 79 % *de récupération par l'armée*, après une hospitalisation dont la durée moyenne n'a pas dépassé vingt-huit jours.



TABLE DES MATIÈRES

ANATOMIE.

MÉDECINE.

CHIRURGIE GÉNÉRALE.

CHIRURGIE DU THORAX.

Pages.

CHIRURGIE ABDOMINALE.

A. — INTESTIN.

C. — APPENDICE.

D. — PÉRITOINE.

E. — SACRUM.

CHIRURGIE GÉNITO-URINAIRE.

CHIRURGIE DES MEMBRES.

CHIRURGIE SPÉCIALE.

A. — ŒIL.

B. — NEZ.

C. — OREILLE.

D. — LARYNX.

FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DU SERVICE DE SANTÉ.

IMP. DUBREUIL, FRÈREBEAU & CIE, 18, RUE CLAUZEL. PARIS